FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année Scolaire
1929-1930

THÈSE

N° 19

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 15 Mars 1930, à 17 heures

PAR

MEURISSE (André-Ernest-Alexandre)

Né le 30 Juillet 1906, à Fâches-Thumesnil

Contribution à l'Étude des

Incisions du col de l'Utérus en obstétrique

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical

Président de la Thèse : M. VANVERTS

Suffragants MM. POTEL
DELANNOY
PAQUET

— 1930 —
IMP. A. DURANT
204, Rue Solférino, 204
LILLE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546812_0106

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année Scolaire
1929-1930

THÈSE

No 19

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 15 Mars 1930, à 17 heures

PAR

MEURISSE (André-Ernest-Alexandre)

Né le 30 Juillet 1906, à Fâches-Thumesnil

Contribution à l'Étude des

Incisions du col de l'Utérus en obstétrique

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical

Président de la Thèse : M. VANVERTS

Suffragants MM. POTEL
DELANNOY
PAQUET

— 1930 —
IMP. A. DURANT
204, Rue Solférino, 204
LILLE

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

UNIVERSITE DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen : M. CH. DUBOIS (I. ✠). — Assesseur : M. GÉRARD E. (✲, I. ✠)

Clinique médicale	MM. CARRIÈRE (O. ✲, I. ✠), professeur	
	COMBEMALE (O. ✲, I. ✠), id	
Clinique chirurgicale	GAUDIER (✲, ✠, I. ✠),	id
	LAMBRET (C. ✲, I. ✠),	id.
Clinique des mal. cutanées et syphilit.	CHARMEIL (✲, I. ✠),	id.
Clinique obstétricale	BUÉ (✲, I. ✠),	id
Pathologie interne et expérimentale et clinique des maladies de l'appareil digestif	SURMONT (✲, I. ✠, ✠),	id.
Pathologie externe et Clinique des maladies des voies urinaires	POTEL (✲, ✠, I. ✠),	id.
Anatomie pathol. et Pathol. générale	INGELRANS (I. ✠),	id.
Physiologie	DUBOIS (I. ✠),	id
Anatomie	CORDIER (A. ✠),	id
Histologie	DEBEYRE (O. ✲, ✠, I. ✠, ✠),	id.
Chimie minérale et Toxicologie	VALLÉE (✲, I. ✠),	id.
Chimie organique	POLONOWSKI (A. ✠, ✠),	id.
Matière médicale et Botanique	FOCKEU (✲, I. ✠, ✠, ✠),	id.
Pharmacie et Pharmacologie	GÉRARD (Ernest) (✲, I. ✠),	id.
Zoologie médicale et pharmaceutiq.	BESOIL (✲, I. ✠),	id
Accouchements et Hygiène de la première enfance	PAUCOT (A. ✠),	id.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LE FORT (C. ✲, ✠, I. ✠, O. ✠),	id.
Clinique psychiâtrique	RAVIART (✲, I. ✠),	id.
Clinique médicale infantile	MINET (I. ✠),	id.
Thérapeutique	DOUMER (Ed.)	
Médecine opératoire	VANVERTS (✲, I. ✠),	id.
Hygiène et Bactériologie	PIERRET (I. ✠),	id.
Médecine légale	LECLERQ (✲, ✠, I. ✠),	id.
Hydrologie	DUHOT (I. ✠),	id.

Professeurs titulaires non pourvus de chaire

MM. MORVILLEZ (A. ✠) ; COMBEMALE P. (A. ✠)

COURS COMPLEMENTAIRES

Clinique ophthalmologique	MM. TOULANT	chargé du cours
Clinique oto-rhino-laryngologique	DEBEYRE (O. ✲, ✠, I. ✠, ✠),	id
Chimie analytique	POLONOWSKI (✠, A. ✠),	id.
Physique pharmaceutique	SONNEVILLE (I. ✠),	id.
Parasitologie	LAVIER (✠)	id
Déontologie	BERTIN (✲, I. ✠),	id
Physique médicale	FABRE (I. ✠),	id.

Doyens honoraires : MM. DE LAPERSONNE (O. ✲, I. ✠), COMBEMALE (O. ✲, I. ✠, ff.) P. CHARMEIL (✲, I. ✠).

Professeurs honoraires : MM. MONIEZ (O. ✲, I. ✠), CALMETTE (C. ✲), LESCŒUR (I. ✠), BAUDRY (✲, I. ✠, ✠), DEBIERRE (✲, I. ✠), DOUMER (✲, I. ✠), CURTIS (✲, I. ✠), LEMOINE (✠, I. ✠), BÉDART (O. ✲, I. ✠).

Agrégés en exercice

MM. GÉRARD M. (✠, ✠, I. ✠), COMBEMALE P., DOUMER Ed. (✠, A. ✠), P. DELANNOY (A. ✠), PAQUET (✠, I. ✠), BERTIN (✲), LEGRAND (✠, ✠, A. ✠), SWYNGHEDAUW (I. ✠, ✠), LAVIER (✠). AUGUSTE, GERNEZ, NAYRAC.

La Faculté a décidé que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend y attacher aucune approbation ni improbation. (Décision de la Faculté en date du 28 février 1878).

A MES GRAND'MÈRES

A MON PÈRE

Qui fut mon premier maître, et dont la vie sera pour moi le plus bel exemple de bonté et de conscience professionnelle.

A MA MÈRE

Modeste témoignage de reconnaissance et de profond amour filial.

A MA FIANCÉE

Témoignage de profonde affection.

A MA SŒUR, A MON BEAU-FRÈRE

En gage des sentiments inaltérables qui nous unissent.

A MES ONCLES — A MES TANTES

A TOUS MES PARENTS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR VANVERTS

PROFESSEUR DE MÉDECINE OPÉRATOIRE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui nous fait le grand honneur de présider cette thèse, nous adressons nos remerciements les plus sincères pour le bienveillant intérêt qu'il nous a toujours porté au cours de nos études. Nous lui conservons un souvenir respectueusement reconnaissant pour les soins vigilants et dévoués dont il a entouré plusieurs membres de notre famille.

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR POTEL

Professeur de Pathologie externe
et de Clinique des Voies Urinaires
Chevalier de la Légion d'Honneur

A qui nous sommes très reconnaissant de l'honneur qu'il nous fait en acceptant d'être notre juge.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAQUET

Nous le remercions d'avoir bien voulu faire partie du jury de notre thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DELANNOY

Chirurgien des Hôpitaux

Qui nous a toujours montré un intérêt et une sympathie toute particulière, et qui nous fait l'honneur de participer au jury de notre thèse. Nous l'assurons de notre profonde reconnaissance.

A NOS MAITRES
DES HOPITAUX DE LA FACULTÉ

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. GÉRARD
(In memoriam)
PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

MONSIEUR LE DOYEN CH. DUBOIS
PROFESSEUR DE PHYSIOLOGIE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUDRIER
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
(Externat 1925-1926).

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAMBRET
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
(Externat 1925-1926).

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHARMEIL
PROFESSEUR DE CLINIQUE DERMATOLOGIQUE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
(Externat 1926-1927).

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARRIÈRE
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
(Externat 1926-1927).

MONSIEUR LE PROFESSEUR MINET
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE
(Externat 1927-1928).

MONSIEUR LE PROFESSEUR COMBEMALE

Professeur de Clinique Médicale

Officier de la Légion d'Honneur

(Externat 1927-1928).

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUCOT

Professeur d'Accouchements et d'Hygiène de la première enfance

Officier de l'Instruction Publique

Hommage respectueux.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
CHARLES GERNEZ

Médecin des Hôpitaux

En témoignage de notre grande reconnaissance pour les bons conseils qu'il nous a prodigués pendant deux années consécutives.

MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE RAZEMON

Ancien chef de Clinique Chirurgicale

Hommage de notre vive gratitude.

MONSIEUR LE DOCTEUR ACHILLE D'HALLUIN

Ancien chef de Clinique Chirurgicale

En remerciement de la confiance et de l'amitié dont il nous a honoré.

A TOUS NOS AMIS

LES INCISIONS DU COL EN OBSTÉTRIQUE

Introduction

Toutes les fois que, dans l'intérêt de la mère ou de l'enfant, on doit terminer rapidement un accouchement, la dilatation du col de l'utérus se présente comme une des premières manœuvres à effectuer, puisque, dans la majorité des cas, le travail est à peine commencé.

Qu'il s'agisse d'éclampsie, d'accidents gravido-cardiaques, d'hémorragie rétro-placentaire ; ou encore si le fœtus donne des signes de souffrance, on doit recourir à la méthode de l'accouchement brusqué, méthodiquement rapide.

Et chaque fois se posera le problème de la dilatation du col.

De même, dans la dystocie provoquée par la rigidité du col de l'utérus, cet accident étant une cause fréquente de mortalité maternelle, il faut se décider à intervenir, et, une fois encore, on se trouve en face d'une dilatation artificielle à effectuer.

L'agrandissement du col insuffisamment dilaté est donc une manœuvre d'une grande importance en obstétrique, et il importe de connaître les divers procédés qui tendent à obtenir ce résultat.

Les procédés sont nombreux ; leurs valeurs respectives sont discutables. Ils ont d'ailleurs chacun des indications assez précises.

Ce travail aura pour but de montrer dans quelles conditions se font les incisions du col utérin, de donner une idée des résultats que l'on obtient par ce procédé et de les comparer avec ceux que donnent les autres méthodes.

On trouvera cette étude comparative à la fin de cet ouvrage ; en même temps nous donnerons un rapide aperçu de la technique et des indications de ces divers procédés.

Mais les incisions du col faisant l'objet principal de cette thèse, nous commencerons donc par exposer la question en détails.

Après un rapide historique, nous aborderons les conditions opératoires et la technique de ces incisions.

On verra les résultats que l'on en peut obtenir dans les nombreuses observations que nous devons à l'obligeance de M. le Professeur Vanverts.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre chaleureuse gratitude et de notre reconnaissance pour la bienveillance toute paternelle et affectueuse qu'il nous a toujours témoignée.

Puis, nous terminerons cet exposé par les indications et les contre-indications des incisions, et nous en indiquerons les complications et le pronostic.

CHAPITRE I

Historique

L'emploi des incisions du col est déjà ancien, il faut remonter jusqu'à Ambroise Paré qui y fait allusion dans ses mémoires, pour en trouver des traces. Plus tard, Baudelocque conseille, lorsque le col est dur, squirrheux, de l'inciser en plusieurs endroits, plutôt que de courir le risque de le déchirer. De même Lauverjat qui, en 1788, recommande d'inciser le col profondément.

Mais l'histoire des grandes incisions du col ne remonte guère avant 1890 : avant cette époque, on n'utilisait que les petites incisions multiples faites sur un orifice aminci en voie de dilatation. Or, ces petites incisions, insuffisantes pour supprimer l'obstacle opposé par le col, n'étaient pas sans danger, lorsqu'elles étaient suivies de l'extraction immédiate du fœtus. Ainsi s'explique la défaveur où elles restèrent longtemps en France.

C'est donc surtout à l'étranger, et notamment en Allemagne qu'elles furent pratiquées.

Dührssen, le premier, fixa la technique des incisions profondes du col. Il recommandait en 1891 « quatre à « six grandes incisions sectionnant le col jusqu'à l'in- « sertion vaginale, dilatant immédiatement et complè-

« tement l'orifice ». Plus tard Dührssen compléta sa méthode en donnant la technique de la césarienne vaginale.

Pendant ce temps les auteurs français restaient peu partisans de cette méthode. Certains comme Maygrier, affirment que « les incisions lui inspirent une certaine appréhension ». Vers la même époque Demelin écrit que « les incisions à la Dührssen ne se sont pas acclimatées dans notre pays ». Actuellement encore les traités classiques considèrent, d'une façon générale cette intervention comme exceptionnelle et dangereuse.

Cependant, peu à peu, leur usage tendait à se répandre en France. En 1910, Jeannin et Garipuy indiquent dans leur mémoire les indications précises de cette intervention ainsi que sa technique. Depuis, les incisions furent de plus en plus couramment employées. En France, citons parmi leurs partisans MM. Potocki, Bar, Cathala, Enriquez, M. Vanverts, à Lille, les pratique depuis 1903 (Obs. I).

CHAPITRE II

Conditions nécessaires pour pratiquer les incisions

Cette notion est essentielle, car le plus sérieux reproche que l'on ait fait aux incisions (extension au segment inférieur ou aux organes voisins), tient à ce que les mauvaises conditions dans lesquelles on les a pratiquées ont été l'origine de ces graves complications.

Le but de l'intervention, on le sait, est de substituer à un orifice insuffisant pour livrer passage à la tête fœtale, un autre orifice qui, d'emblée, permettra ce passage.

Or, pour que cet orifice soit suffisant, pour qu'il ne s'agrandisse pas, secondairement, aux dépens de déchirures dont on ne saurait mesurer l'étendue, il est indispensable que les incisions arrivent d'emblée au niveau de la circonférence la plus grande de la présentation fœtale, pour que la tête puisse passer sans effraction nouvelle.

Pour obtenir ce résultat, il est essentiel, avant d'entreprendre les sections cervicales, de s'assurer que les conditions suivantes sont bien remplies :

a) la femme doit être en travail.

b) le col doit être complètement effacé.

c) il est nécessaire que le segment inférieur soit bien formé et ait subi une ampliation totale.

d) la couronne d'insertion vaginale doit se trouver au niveau de la circonférence la plus grande de la présentation.

C'est en se conformant à ces données que tout d'abord, on évitera des accidents bien graves, et qu'ensuite on fera des incisions du col une intervention relativement bénigne et de laquelle on a le droit d'attendre de bons résultats.

CHAPITRE III

Technique

I. — *NOMBRE DES INCISIONS*

Autrefois on faisait une série de petites incisions. Puis Dührssen, devant l'insuccès de la méthode précédente, a proposé quatre grandes incisions : deux médianes et deux latérales. Les résultats ne furent pas encore très bons : le col, mal irrigué, se nécrosait trop facilement.

En sorte qu'aujourd'hui, on se contente de deux incisions, car on s'est aperçu que c'était l'étendue, et non le nombre des incisions, qui donnait au nouvel orifice créé, les dimensions suffisantes pour permettre le passage de la tête fœtale.

Parfois même, mais rarement, on peut se contenter d'une seule incision (Obs. XIX), ce qui n'empêche pas d'obtenir de bons résultats.

II. — *SIÈGE DES INCISIONS*

Sur cette question, les avis sont encore partagés. Suivant les uns, on doit pratiquer les incisions sur la ligne médiane, en avant et en arrière. Pour les autres, on doit les faire latéralement, ou même obliquement.

1. *Incisions latérales* (Potocki, Bouffe de St-Blaise, Jeannin et Garipuy, Enriquez). Pour ces auteurs, il faut les préférer, pour les raisons suivantes :

a) elles rappellent les sections spontanées. « Elles se font à l'exemple de la nature » (Bouffe de St-Blaise).

b) elles risquent moins d'atteindre la vessie en avant, ou le rectum en arrière.

c) elles donneraient moins d'hémorragie lors de la section.

d) elles seraient plus faciles à exécuter.

De Lee conseille l'incision dans le diamètre oblique pour des raisons du même ordre.

2. *Incisions médianes.* — Les auteurs partisans de cette méthode font valoir des raisons qui nous semblent mieux fondées ; les voici :

a) *les risques sont moins considérables.* S'il est vrai que les incisions médianes peuvent menacer la vessie ou le rectum, il faut se rappeler que les incisions latérales peuvent, en s'étendant, intéresser les grosses veines qui forment les plexus latéro-utérins.

b) *le col se cicatrise mieux*, les deux lèvres ayant plus tendance à s'accoler. A ce propos, Hauch cite 25 cicatrisations sur 33 incisions médianes, contre 11 cicatrisations sur 34 incisions latérales.

c) *l'utérus reste mieux fixé*, et l'on observe moins de troubles de sa statique.

d) enfin, *il est difficile de prévoir ce qui va être fait*, et là encore, les incisions médianes présentent un grand avantage du fait de leur transformation possible en une *césarienne vaginale* dont elles ne seraient que le premier temps.

e) Quant à l'hémorragie qui peut se produire au moment de la section ,rien ne prouve qu'elle soit plus abondante dans l'une que dans l'autre méthode.

En somme, sans rejeter d'une façon absolue les incisions latérales, peut être plus faciles à pratiquer dans

certains cas, il semble préférable d'avoir recours, d'une façon générale, aux incisions médianes, pour les raisons que nous venons d'indiquer.

MM. Bar, Cathala, Brindeau, J.-L. Faure, sont de cet avis.

M. Vanverts a, lui aussi, une préférence pour les incisions médianes, puisque dans nos observations il les a pratiquées 13 fois contre 5 incisions latérales.

III. — *MANUEL OPÉRATOIRE*

Il est extrêmement simple.

La femme sera de préférence anesthésiée, puis mise en position obstétricale et préparée comme pour une intervention chirurgicale.

On commencera par l'incision antérieure.

Les incisions devront être faite avec de forts ciseaux droits. Pour bien les placer, M. Vanverts conseille de saisir le col avec deux pinces de Kocher, entre lesquelles les ciseaux passeront, et qui permettront de tendre la lèvre. Il est bon que les sections pratiquées tant en avant qu'en arrière aient d'emblée la longueur voulue ; sinon on risque de ne pas retomber au point exact où s'est terminée la première section, et on peut avoir une série de dents de scie au lieu d'avoir une tranche de section nette.

On aura soin de ne pas atteindre tout à fait le cul-de-sac ; il faudra donc s'arrêter à quelques millimètres de l'insertion vaginale. Cette opération se fera sous le contrôle de la vue ou du doigt.

Enfin, l'intervention se terminant très fréquemment par une application de forceps, on devra veiller plus que jamais à ce que la prise soit correcte, de façon à ce

que l'une des valves du col ne se trouve pas prise entre la cuiller et la tête fœtale.

La technique est sensiblement la même dans les incisions latérales que dans les incisions médianes.

IV. — *SUTURE DES INCISIONS*

Si l'on rencontre peu de controverse au sujet du manuel opératoire, il n'en est pas de même de cette nouvelle question : doit-on réparer immédiatement les incisions du col ?

Certains (Enriquez), préfèrent les abandonner à elles-mêmes.

Jeannin, au contraire, ne partage pas cette opinion.

Hauch non plus, mais il veut que l'on puisse réparer avec exactitude, « car mieux vaut, dit-il, ne rien faire, que d'effectuer une mauvaise suture ».

En somme, la question mérite d'être discutée ; la suture immédiate semble indiquée ; M. Vanverts est d'ailleurs de cette opinion, puisque sur 19 observations, il a pratiqué 15 fois la suture immédiate.

Néanmoins cette méthode peut avoir ses contre-indications. La suture semble, à notre avis, à rejeter dans tous les cas où il peut y avoir un certain degré d'infection amniotique, où le col est plus ou moins œdématié, car les tissus, très friables, seraient fatalement déchirés par les fils.

Dans ce cas, mieux vaut s'abstenir et adopter une des deux lignes de conduite suivantes : ou pratiquer secondairement les sutures, ou abandonner délibérément les incisions à elles-mêmes.

En pratique la suture secondaire est rarement faite, car l'abandon pur et simple des incisions donne de

bons résultats ainsi qu'on peut le constater dans les quatre observations où il n'a pas été fait de sutures (Obs. I, VI, XI, XIV).

Quant à la technique de ces sutures, elle est extrêmement simple. M. Vanverts conseille de les pratiquer de la façon suivante : on saisira avec une pince de Kocher l'angle de chaque incision, et on réunira d'abord les deux angles.

Puis, supprimer les pinces, et se servir des deux chefs noués pour tendre le col et faciliter la mise en place des autres fils. On agit ainsi de la superficie vers la profondeur.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Professeurs BUÉ et VANVERTS)

Femme de 22 ans, un avortement à 5 mois, suites inconnues.

Au terme d'une grossesse, le 28 avril 1903, à 13 heures, début du travail. Le 29 à midi, la tête est engagée en OIGA ; le col est effacé mais n'est pas dilaté et présente une induration circulaire qui semble s'opposer à la dilatation (il est impossible de savoir la nature et l'origine de cette induration).

A 23 heures les douleurs ayant persisté normales, le col n'a pas subi de changement.

La situation restant stationnaire, nous nous décidons à intervenir. Sous chloroforme nous essayons de dilater manuellement le col ; mais nous ne parvenons qu'à introduire un seul doigt ; le col résiste et ne peut être dilaté davantage. Nous nous résolvons, dans ces conditions, à l'inciser de chaque côté. La main peut ainsi être introduite et exécute aisément une version podalique.

L'abaissement des membres supérieurs présente toutefois quelques difficultés et les deux clavicules se trouvent fracturées, la droite près de son extrémité externe, la gauche à sa partie moyenne.

Les suites de cette intervention furent simples.

L'enfant, qui pesait 3.200 grammes à sa naissance, fut nourri au sein et se développa normalement jusqu'à sa sortie de la Maternité.

OBSERVATION II

(Professeur VANVERTS)

Madame H..., 37 ans.

Au terme de sa première grossesse, le 27 septembre 1929, à 23 heures, rupture spontanée des membranes, puis apparition de quelques douleurs. Le matin du 28, le médecin constate une présentation du siège et une dilatation de deux à trois francs. Celle-ci ne varie guère au cours de la journée, les douleurs étant rares. Dans la soirée les douleurs sont un peu plus fortes mais n'apparaissent que toutes les 20 minutes.

A 21 heures 30, la dilatation est de 5 francs, les lèvres du col sont un peu épaissies, le siège décomplété n'est pas engagé. Je constate que le promontoire est accessible. Bien que la femme soit dans un bon état général, j'estime qu'il y a lieu d'intervenir.

Sous chloroforme et après épisiotomie bi-latérale, j'incise le col sur la ligne médiane en avant et en arrière jusque près du cul-de-sac vaginal. Les pieds sont facilement abaissés. L'extraction du tronc est aisée, bien que j'éprouve une certaine résistance. Je n'ai aucune difficulté à abaisser les membres supérieurs en commençant par l'antérieur. La tête, qui est en oblique, résiste aux tractions faites sur elle, tandis que des pressions sont exercées par l'aide à travers la paroi abdominale. L'enfant naît en état de mort apparente ; son cœur ne bat pas. Après désobstruction des voies aériennes par aspiration, je pratique une injection intra-cardiaque d'un centimètre cube de la solution d'adrénaline au 1.000e, qui ramène aussitôt les contractions du cœur. On continue la respiration artificielle et les mouvements respiratoires réapparaissent. Mais l'enfant pousse des cris plaintifs et meurt quelques heures après.

Délivrance normale au bout d'une demi-heure. Deux sutures au catgut sur la plaie de la lèvre antérieure du col et quatre sur la lèvre postérieure. Suture de la plaie vagino-périnéale. Suites simples et apyrétiques. Les plaies du périnée se désunirent.

OBSERVATION III

(Professeur VANVERTS)

Madame D..., 27 ans.

Bonne santé, deux accouchements spontanés il y a 7 et 5 ans. Il y a deux ans, le médecin constate l'existence d'une rétroflexion et d'une métrite cervicale ; il pratique à plusieurs reprises des cautérisations du col au nitrate d'argent.

La femme continue à souffrir du ventre et la leucorrhée persiste.

En mai 1928, ayant constaté l'existence d'une rétroflexion mobile et d'une métrite cervicale avec ectropion, je pratique une cautérisation de la cavité cervicale et de la région ectropionnée à l'aide du Filhos. La leucorrhée disparaît. Je passe à plusieurs reprises des bougies de Hégar dans le col qui semble avoir des tendances au rétrécissement. A la fin d'août 1928, la bougie N° 10 pénètre facilement jusque dans le corps.

Dernières règles le 8 février 1929. La grossesse évolue normalement et l'utérus se réduit spontanément. A la fin de septembre 1929, l'état général est bon ; l'utérus très volumineux renferme deux fœtus. Il n'y a pas d'albuminurie.

Le 20 octobre 1929, à 4 heures, c'est-à-dire, un mois au moins avant le terme probable de la grossesse, rupture spontanée de la poche des eaux ; puis apparition de quelques légères douleurs. Le médecin, appelé à ce moment, constate qu'il n'existe pas d'effacement du col. Dans la

journée, les douleurs continuent peu intenses ; elles augmentent de fréquence et de force vers 16 heures. A 17 heures, l'effacement est complet, mais il n'y a pas de dilatation. A 21 heures, malgré la continuation des douleurs, la dilatation n'a fait aucun progrès et le médecin ne trouve pas l'origine du col.

Je suis appelé à 20 heures 30. Les contractions de l'utérus sont normales. L'une des têtes fœtales fait saillie dans le pelvis, mais n'est pas engagée. Le col est effacé mais ne présente pas trace de dilatation ; je perçois difficilement l'orifice du col ; il me semble que cet orifice est entouré d'une zone légèrement indurée. Considérant qu'il existe une sténose cicatricielle de l'orifice externe du col due à la cautérisation, je conclus que la dilatation ne se fera pas, et qu'il faut intervenir sans tarder, d'autant plus que l'on perçoit les bruits des cœurs fœtaux.

La femme étant anesthésiée au mélange de Schleich, je puis introduire dans l'orifice du col une pince de Kocher fermée. Le segment inférieur étant bien développé, j'incise la lèvre antérieure, puis la lèvre postérieure du col jusque près du cul-de-sac vaginal. La tête fœtale qui est petite, est facilement amenée à l'aide de la main en O P et une application de forceps permet d'extraire rapidement une fille qui crie aussitôt et dont le poids est de 2.700 grammes. La seconde poche des eaux est rompue artificiellement et le second fœtus (fille de 2.000 grammes) qui se présente par le sommet est aisément extraite par version ; bien que petite elle crie et paraît bien constituée. La délivrance étant terminée, les deux lèvres du col sont suturées au catgut.

Les suites de cette intervention furent simples et apyrétiques. Les enfants, nourris à l'allaitement mixte se développèrent normalement et sont actuellement en bonne santé.

OBSERVATION IV

(Professeur VANVERTS)

Femme de 26 ans, bien portante.

Au terme de sa première grossesse, le travail débute dans la soirée du 23 novembre 1928. Le 24 au soir, la dilatation est de deux francs ; le 25 à 12 heures elle est de cinq francs ; elle n'a pas fait de progrès le 26 dans la matinée. Les douleurs sont assez fortes mais irrégulières.

Je suis appelé le 26 à 17 heures 30. La situation est la suivante : tête non engagée, en D T, ne surplombant le pubis ; dilatation du col à cinq francs, lèvres du col un peu épaissies ; poche des eaux rompue depuis (?) ; grosse bosse séro-sanguine ; promontoire accessible (l'examen fait plus minutieusement sous anesthésie, montra que la tête était mal fléchie). La femme est très fatiguée. Les bruits du cœur fœtal sont bons. Je décide d'intervenir.

La femme étant anesthésiée par le mélange de Schleich, j'incise le col sur la ligne médiane en avant et en arrière, pas tout à fait jusqu'au cul-de-sac vaginal. Application du forceps en oblique et tractions fortes qui amènent un enfant de 3.220 grammes que l'on ranime facilement. Au cours de la mise en place des cuillers du forceps j'avais constaté la rétraction de l'anneau de Bandl. L'extraction du bras antérieur fut rendue un peu malaisée en raison de la direction horizontale du pubis.

Les deux incisions cervicales se sont un peu agrandies au cours de l'extraction mais n'ont pas dépassé l'insertion du vagin sur le col ; je les suture au catgut. Le périnée qui a été déchiré incomplètement est réparé. Dans les heures qui suivirent, l'accouchée présenta un état de schock, dû en partie à l'hémorragie qui s'était produite pendant la délivrance mais qui n'avait pas été très abondante. On la remonta par divers excitants.

Les suites de l'accouchement furent normales et apyrétiques (sauf le lendemain de l'accouchement où la température s'éleva à 38°2 le matin et à 38° le soir). La plaie périnéale se réunit parfaitement. L'enfant fut nourri par sa mère pendant quinze jours ; on dut ensuite cesser l'allaitement en raison du développement insuffisant de l'enfant.

En juillet 1929, la mère et l'enfant étaient en excellente santé.

OBSERVATION V

(Professeur VANVERTS)

Femme de 42 ans. Bien portante, bien réglée.

Premier accouchement normal en décembre 1921. Deuxième accouchement normal, en fin 1922.

En novembre 1925 et janvier 1926, cautérisation du col au Filhos pour métrite qui est améliorée. Nouvelle cautérisation en septembre 1927 qui guérit complètement la métrite.

Un début de grossesse existait au moment de la dernière cautérisation mais n'était pas connu. La grossesse continue normalement son évolution. Elle aurait du, d'après l'époque des dernières règles, être à terme, au début de Juin 1928. Or, à ce moment la femme ne perçoit plus les mouvements fœtaux. Le 20 juin, le fond de l'utérus n'est plus qu'à 20 centimètres au-dessus du pubis ; le ventre a nettement diminué de volume, déclare l'intéressée. Je n'entends pas de bruits du cœur. On décide d'attendre le déclenchement spontané du travail.

Dans la nuit du 28 au 29 juin, rupture de la poche des eaux, pas de douleurs. Celles-ci apparaissent, mais sont insignifiantes les jours suivants ; elles augmentent le 3 juillet. La température, qui jusque là était restée normale, s'élève à 38° le 2 juillet au matin, à 38°5 le 2 au soir; elle descend à 37°2 le 3 au matin. Le col s'efface, puis se

dilate lentement : il est à un franc le 2 au matin, à deux francs le 2 au soir, à cinq francs le 3 au matin. A ce moment, le liquide qui s'écoule des voies génitales est malodorant.

Je décide d'intervenir. Sous anesthésie au mélange de Schleich, je fais de chaque côté une incision courte. La tête est très ramolie et déformée. L'anneau de Bandl est rétracté sur le cou, mais j'arrive à le dilater suffisamment pour introduire la main dans l'utérus ; il génera cependant un peu les manœuvres de version. Celle-ci est exécutée par tractions destinées à abaisser le pied postérieur. L'abaissement des membres supérieurs ne présente pas de difficultés. La tête est extraite très aisément.

Je constate après l'accouchement, que les deux incisions cervicales se sont un peu agrandies, mais qu'elles n'ont pas atteint les culs-de-sac vaginaux. Suture de chacune d'elles par trois points de catgut. Une petite déchirure périnéale est de même suturée.

Suites simples et apyrétiques.

Le 23 septembre 1928, je constate que l'orifice du col est régulier et allongé transversalement. Les règles sont normales. La santé est bonne.

OBSERVATION VI

(Professeur VANVERTS)

Femme de 25 ans, ayant eu deux accouchements terminés par une application de forceps. L'un des enfants est mort au bout de quelques mois. Métrite cervicale.

Avant le terme d'une seconde grossesse, le travail se déclanche le 20 octobre 1926 ; mais les douleurs sont peu intenses et le col se dilate très lentement.

Je suis appelé par le médecin le 21 à 15 heures. Je me trouve en présence d'une femme petite, nettement rachitique. Le col présente une dilatation comme 2 francs ; la poche des eaux est intacte ; la femme n'est pas fatiguée.

L'abstention pouvait être continuée ; mais la femme habite loin de Lille et il y a donc lieu de terminer l'accouchement. La tête ne surplombe pas le pubis. Le promontoire est accessible.

La femme étant chloroformée, je procède à la dilatation manuelle du col qui résiste (probablement sous l'influence de l'induration du tissu cervical enflammé chroniquement); je parviens cependant à obtenir une dilatation suffisante. Je romps la poche des eaux et exécute aisément une version, puis extrais facilement aussi une fille petite que l'on ranime rapidement.

Je mesure le diamètre sacro-sous-pubien, que je n'avais pas pu mesurer avant l'accouchement en raison de la descente du pariétal postérieur qui avait chevauché fortement sur l'antérieur et qui empêchait d'atteindre le promontoire (il est d'environ 10 $^{c}/_{m}$).

Les suites de l'accouchement furent simples.

L'enfant, allaité par sa mère, se développa normalement et jouissait deux ans après, d'une excellente santé.

Un an et demi après, le 3^{e} accouchement (la fécondation s'était faite pendant l'allaitement), au terme d'une grossesse normale, la femme entre en travail le 7 février, et le col se dilatant lentement atteint les dimensions d'une pièce de 5 francs.

Je suis appelé le 8 et trouve la femme en bon état ; mais la dilatation n'a guère fait de progrès ; le col très irrégulièrement dilaté, est épais, dur ; la tête, mobile, est au-dessus du détroit supérieur en G T ; la poche des eaux est intacte ; les bruits du cœur fœtal sont bons. La césarienne serait ici indiquée ; mais il n'y faut pas songer, en raison des conditions dans lesquelles je me trouve. L'abstention ne me semble pas à continuer car le col scléreux ne se dilatera pas davantage. Je me décide à tenter la dilatation artificielle du col. La femme étant chloroformée, je me rends compte que le col induré ne se laissera pas dilater par mes doigts. Je pratique une série de petites

incisions sur le bord du col en des endroits différents et je dilate avec les doigts, sans atteindre toutefois la dilatation complète. Puis je pratique une version facile, après avoir rompu la poche des eaux ; l'extraction du fœtus est un peu malaisée en ce qui concerne l'abaissement des membres supérieurs en raison de l'insuffisante dilatation du col.

L'enfant étonné est facilement ranimé.

Je m'assure que les déchirures du col ne se sont pas étendues.

OBSERVATION VII

(Professeur VANVERTS)

Femme de 26 ans, au terme de sa première grossesse. Premières douleurs le 6 octobre 1921. Dans la journée du 7, le col s'efface, puis se dilate légèrement ; le soir de ce jour, la dilatation n'est guère que d'un franc. Dans la nuit suivante les douleurs sont assez fortes ; mais, le matin du 8, la dilatation n'est guère que de 5 francs ; elle augmente un peu ; mais, à 11 heures, le médecin constate que la lèvre antérieure du col s'est un peu œdématiée.

Je vois la parturiente à 11 h. 15. La situation est la suivante : Femme petite. Tête en position droite transverse, non engagée, fixe et pointant dasn le pelvis, ne surplombant pas le pubis. Promontoire qui est inaccessible à cause de la présence de la tête, mais qui doit être saillant, car le doigt atteint la partie supérieure du sacrum ; poche des eaux rompue depuis (?) ; dilatation d'une petite paume de main, lèvre antérieure du col légèrement œdématiée.

Estimant que l'accouchement peut se terminer spontanément, je décide d'attendre et je fais faire des injections vaginales chaudes.

A 17 heures, l'état ne s'est pas modifié ; la température est normale (37°3 axillaire), le pouls est calme, les bruits du cœur fœtal sont bons, la dilatation du col est inchan-

gée, mais l'œdème de la lèvre antérieure a augmenté ; la femme est fatiguée. Je décide d'intervenir et d'inciser le col, la grande circonférence de la tête fœtale ayant certainement dépassé l'insertion du vagin sur le col.

A 18 heures, la femme étant chloroformée, incision du col de chaque côté, presque jusqu'au fond du cul-de-sac (l'incision gauche fut faite un peu obliquement, ce qui produisit une valve flottante, dont je dus réséquer une partie au moment de la suture).

Je constate que le promontoire est saillant. Application de forceps en oblique sur une tête transverse, non engagée, mais assez basse ; extraction facile d'un enfant qui crie rapidement.

Suture des deux incisions du col avec trois et quatre points de catgut.

Suites simples et apyrétiques.

Au début de mars 1922, je revois cette femme dont la santé est bonne et qui nourrit son enfant. L'aspect du col, constaté par le toucher est normal.

En avril 1923 se produisent des métrorragies qui me semblent dues à un avortement.

OBSERVATION VIII

(Professeur VANVERTS)

Madame M..., 42 ans. Premier accouchement terminé normalement au terme de la grossesse à la fin de 1921. Deuxième accouchement normal en novembre 1923. En novembre 1925, en janvier 1926, et en septembre 1927, cautérisation du col au Filhos pour une métrite assez accusée qui est ainsi guérie.

Au début de juin 1928, alors que, d'après la date des dernières règles, la grossesse devait être près du terme, la femme ne perçoit plus les mouvements du fœtus. Le 20, je constate que le fond de l'utérus n'est qu'à 30 $^{m}/_{m}$ au-dessus du pubis ; on n'entend pas de bruits du cœur fœtal.

L'état général étant bon, on décide d'attendre le déclanchement spontané du travail. Dans la nuit du 28 au 29 juin, rupture de la poche des eaux ; pas de douleurs.

Les douleurs sont insignifiantes les jours suivants ; elles sont peu accusées le 3 juillet. La température est à 38° le 2 au matin, à 38°5 le 2 au soir ; à 37°2 le 3 au matin. Le col s'efface, puis se dilate lentement : il est à 1 franc le 2 au matin ; à 2 francs le 2 au soir, à 5 francs le 3 au matin. A ce moment le liquide qui s'écoule des voies génitales est malodorant. On décide d'intervenir.

Sous anesthésie au mélange de Schleich, je fais de chaque côté du col une courte incision. La tête est très ramolie. L'anneau de Bandl est rétracté sur sa partie supérieure et sur le cou.

Je crois préférable de faire la version. Mais, ayant atteint facilement l'un des pieds, j'ai quelque peine à le faire passer à travers l'anneau de Bandl. La version est facile ainsi que l'extraction.

Suture de chaque incision de col. Délivrance normale. Suture d'une déchirure superficielle du périnée.

Suites normales et apyrétiques.

L'enfant (garçon) est macéré. Les os du crâne sont extrêmement disloqués.

OBSERVATION IX

(Professeur VANVERTS)

Femme de 29 ans, primigestante.

Au terme d'une grossesse normale, le travail se déclanche dans la matinée du 11 juin. Les douleurs sont irrégulières comme répétition et comme intensité ; cependant la sage-femme constate que l'effacement, puis la dilatation s'effectuent progressivement, quoique lentemnt. Un médecin, appelé le 12 en raison de la lenteur du travail, craint que l'accouchement ne se termine pas spontanément et me demande de voir la parturiente.

Le 12 à 17 heures, quand je vois cette femme, les douleurs sont devenues plus fortes, mais elles sont rares. La femme est petite, rachitique. La tête en O. I. D. T. n'est pas engagée ; elle ne surplombe pas le pubis. Le promontoire est facilement accessible. La poche des eaux est intacte, mais elle est volumineuse. Le col a la dimension d'une paume de main petite. Les bruits du cœur fœtal sont bons.

La femme étant chloroformée, j'incise le col de chaque côté. Ceci fait, je romps la poche des eaux et vais aussitôt à la recherche d'un pied que j'amène ; mais les tractions ne font pas remonter la tête et je dois saisir le second pied et exercer des tractions sur les deux pieds pour faire remonter la tête. L'extraction du fœtus se fait très aisément ; la tête traverse facilement le détroit supérieur, grâce à la manœuvre de Champetier.

L'enfant (fille), naît étonnée et est rapidement ranimée.

Je constate que l'une des incisions du col s'est étendue jusqu'au vagin ; l'autre ne s'est pas agrandie. Je répare les deux incisions par quelques sutures au catgut. Le périnée est intact.

Les suites de cette intervention furent normales et apyrétiques.

Les plaies cervicales se réunirent bien.

L'enfant nourri par sa mère se développa normalement. cependant il ne marcha qu'à 25 mois et eut ses premières dents à 18 mois.

A 3 ans, elle parlait peu, ne prononçait que quelques mots, mais comprenait bien tout ce qu'on lui disait, et semblait intelligente. Elle fait ensuite de rapides progrès et devient normale.

En juillet 1929, mère et enfant sont en bonne santé.

Pas de grossesse nouvelle, mais restriction volontaire probable.

OBSERVATION X

(Professeur VANVERTS)

Femme de 28 ans. Avortement en 1922. Actuellement à terme d'une grossesse normale.

Début du travail le 21 juin 1923 à 4 heures. Le col se dilate lentement : à 19 heures effacement complet, dilatation de 1 franc ; la poche des eaux est intacte. L'état général de la mère est bon ; les douleurs sont bonnes, mais surtout lombaires. Le médecin estimant que le travail traîne en longueur et qu'il y a lieu de terminer l'accouchement, me fait chercher.

A 21 heures, l'état est le suivant : présentation du sommet en G T ; tête non engagée, ne surplombant pas le pubis ; poche des eaux intacte ; col effacé, présentant une dilatation de 2 francs ; promontoire accessible ; bruits du cœur fœtal bons ; femme en bon état. La logique était de laisser évoluer l'accouchement ; mais les conditions dans lesquelles j'avais été appelé et l'éloignement de Lille m'obligèrent à intervenir. La profondeur des culs-de-sac vaginaux me fait penser que je pourrai sans danger inciser le col.

Sous chloroformisation, incision des deux lèvres du col en avant et en arrière sur la ligne médiane, se terminant à une petite distance des culs-de-sac. Ceci fait, la femme étant insuffisamment anesthésiée pousse fortement et fait descendre la tête dans le pelvis.

Application de forceps avant la rotation de la tête ; celle-ci tourne pendant la mise en place des cuillers. L'extraction de la tête se fait aisément. L'enfant, de volume assez gros, crie aussitôt.

Les incisions du col ne se sont pas agrandies. Je suture chacune d'elles avec deux points de catgut. Le périnée paraît intact ; mais la paroi vaginale s'est désinsérée de la peau. Quelques crins sont placés pour réparer la brè-

che. Délivrance artificielle nécessité par une hémorragie assez importante ; le placenta était à peine décollé.

Suites simples, apyrétiques.

En 1926, la mère et l'enfant étaient en bonne santé.

En 1928, avortement suivi de curettage.

OBSERVATION XI

(Professeur VANVERTS)

Femme de 32 ans, primigestante, dernières règles 4 octobre 1922. Premières douleurs le 7 août 1923, vers 21 heures. Rupture précoce de la poche des eaux. Les douleurs sont assez fortes, mais le travail n'avance guère et la sage-femme m'appelle dans l'après-midi du 8. A 17 heures 30, la situation est la suivante : l'utérus est en forte antéflexion ; la tête, en D T, surplombe légèrement le pubis, mais la déviation de l'utérus gêne l'examen ; elle appuie mal sur le col, est encore au-dessus du détroit supérieur et présente une notable déformation par chevauchement de ses os ; le col n'a que les dimensions d'une paume de main (on m'avait annoncé qu'il était complètement dilaté), ses bords sont épais ; il existe une saillie du promontoire.

J'estime que ce serait à la césarienne qu'il faudrait recourir ; mais cette opération ne peut être tentée dans le milieu où je me trouve et le mari refuse le transfert de sa femme à l'hôpital. Je me résous donc à pratiquer la version.

Sous chloroformisation, incision du col en avant et en arrière sur la ligne médiane ; version facile par traction sur un seul pied (il y avait un certain degré de rétraction de l'anneau de Bandl) ; abaissement aisé du bras antérieur non relevé et du bras postérieur relevé ; extraction très pénible et longue de la tête malgré la pression faite sur elle par l'aide. Déchirure étendue mais incomplète du périnée. Pas de suture des incisions du col qui ne se sont pas agrandies. Suture du périnée.

Suites simples et apyrétiques.

L'enfant naquit en état de mort apparente ; mais, son cœur battant, on essaya pendant plus d'une heure de le ranimer. Les mouvements respiratoires reparurent, mais irréguliers et saccadés, et la mort survient quelques heures après. La longueur de l'extraction de la tête et les tractions énergiques sur le cou furent évidemment la cause de la mort.

OBSERVATION XII

(Professeur VANVERTS)

Femme de 34 ans. En mars 1928, avortement, suivi de curage digital pour rétention placentaire.

Le 21 juin 1929, au terme d'une grossesse normale, début du travail. Douleurs irrégulières. Présentation du sommet en G T ; apparence d'engagement. Au bout de 24 heures de travail, la dilatation étant de cinq francs, mais ne progressant plus guère, la poche des eaux étant rompue depuis (?), la femme étant très fatiguée, je me décide à intervenir.

Chloroformisation. Incision du col en avant et en arrière, sans atteindre les culs-de-sac. Bien que la tête soit encore au détroit supérieur, j'essaye, à tort, une application de forceps ; mais, la tête ne descendant pas, je n'insiste pas, d'autant que l'examen sous anesthésie m'a révélé la proéminence du promontoire que la tête ne m'avait pas permis d'atteindre antérieurement.

Je me décide à tenter la version après épisiotomie bilatérale. Malgré l'absence de liquide dans l'utérus, j'atteins aisément les pieds et fais évoluer le fœtus sans difficulté ; le cordon était animé de battements au début de la version. Les tractions étant exercées sur le seul pied antérieur, j'abaisse facilement le bras antérieure d'abord, puis le postérieur. La tête franchit avec un très léger ressaut le détroit supérieur sans que l'aide ait besoin d'appuyer sur elle par l'abdomen.

L'enfant (garçon) crie aussitôt. Il pèse 3.400 grammes.

Délivrance normale. Suture des deux lèvres du col au catgut. Suture du périnée.

Suites simples et apyrétiques. L'enfant est allaité par sa mère.

OBSERVATION XIII

(Professeur VANVERTS)

Femme de 20 ans, primigestante.

Au terme d'une grossesse normale, les premieres douleurs apparaissent dans la soirée du 29 mars 1925 ; elles avaient été précédées pendant une quinzaine de jours de quelques douleurs qui auraient amené, d'après la sage-femme une dilatation cervicale de cinq francs le 23 mars (?). Le 30, à 16 heures, le médecin appelé par la sage-femme, constate une dilatation de deux francs ; cette dilatation est restée la même à 21 heures ; le promontoire est accessible.

A 24 heures, je suis appelé. La tête est en O. I. G. T. et ne surplombe pas le pubis ; elle est très déformée et semble engagée, mais ce n'est là qu'une apparence ; elle est mal fléchie. Le col a une dilatation qui ne dépasse guère deux francs. La poche des eaux est intacte. Le promontoire est fortement saillant ; mais la tête gêne l'examen.

L'arrêt du travail, l'éloignement de Lille où je me trouve, m'engagent à intervenir de suite. Sous chloroforme j'incise les lèvres antérieure et postérieure du col ; puis je romps la poche des eaux et je pratique aisément une version en tirant sur les deux pieds. L'extraction du fœtus ne présente de difficultés qu'au moment de l'abaissement du membre supérieur. Pour rendre plus aisé cet abaissement, je fais une épisiotomie latérale gauche.

Suture de chaque plaie au catgut (elles ne s'étaient pas étendues) ; puis suture du périnée.

Les suites de cette intervention furent simples. La plaie

périnéale se réunit par première intention.

L'enfant (garçon), né étonné, fut facilement ranimé. Il présenta quinze jours après la naissance des gangrènes cufanées et mourut à deux mois (syphilis certaine).

En 1929, la femme est en bonne santé. Pas de nouvelle grossesse.

OBSERVATION XIV

(Professeur VANVERTS)

Femme de 35 ans, hémophile, extrêmement nerveuse, primigestante.

Dernières règles le 4 août 1926. Vomissements très fréquents dans lesquels l'élément nerveux joue un grand rôle et que je fais cesser presque immédiatement par la suggestion. L'utérus prend rapidement un volume qui n'est pas en rapport avec l'âge présumé de la grossesse. A un certain moment je crois trouver trois poles fœtaux et pense donc à la gémellité. Absorption de chlorure de calcium à partir du 20 avril.

Le 3 mai, vers 22 heures, début des douleurs. Le matin du 4, col effacé et dilaté comme une pièce de cinquante centimes. Dans la journée, douleurs peu fortes et irrégulières ; la femme qui avait notamment maigri à la fin de sa grossesse, se trouve très fatiguée. Le soir du 4 pas de changement du côté du col. A minuit, écoulement de liquide vaginal sanguinolent. Dans la nuit les douleurs sont plus fortes et s'accompagnent d'écoulements de liquide. Le 5 au matin, les douleurs sont assez fortes ; la dilatation du col n'a pas fait de progrès, la femme qui vomit fréquemment se fatigue ; le pouls s'accélère. Dans l'après-midi, les douleurs continuant à être fortes, la dilatation ne progressant pas, le pouls atteignant parfois 120, la femme étant très fatiguée, je décide d'intervenir. L'engagement de la tête d'un des fœtus est effectué depuis quelques jours. Je pourrai, sans danger pratiquer une incision du col.

Le 5 mai, à 22 heures 30, sous chloroformisation, incision du col en avant et en arrière sur la ligne médiane. Je constate, au cours de mes manœuvres, que les épines sciatiques sont saillantes. Episiotomie gauche. Application du forceps en O P et extraction facile d'une fille qui crie aussitôt et qui pèse environ 3.000 grammes. Section du cordon après pincement. Rupture de la seconde poche des eaux et extraction d'une fille qui se présentait par le siège décomplété. Cette fille beaucoup plus petite que la précédente respire faiblement et meurt quelques heures après.

Délivrance sans incident ; pas d'hémorragie. Suture de chaque plaie avec quatre points de catgut (ces incisions ne s'étaient pas agrandies). Suture de la plaie périnéale qui s'est un peu allongée dans le vagin.

Injection d'ergotine pour éviter tous saignements chez cette femme fatiguée ; injection sous-cutanée de strychnine, et de 250 grammes de sérum artificiel.

Malgré ce traitement préventif, l'accouchée fit du schock avec disparition du pouls dont on se rendit maître par l'usage d'excitants divers.

Les suites furent simples, la température ne s'éleva pas au-dessus de 38° ; mais le pouls resta longtemps élevé. La guérison fut obtenue et l'accouchée qui put allaiter son enfant jusqu'à septembre recouvra une santé parfaite. Le toucher vaginal pratiqué à la fin de mai montre que le col avait une forme régulière.

En août 1929, la mère et l'enfant se portaient bien.

Il n'y avait pas eu de nouvelle grossesse.

OBSERVATION XV

(Professeur VANVERTS)

Femme de 19 ans, bien portante. Actuellement au terme de sa première grossesse. Petites douleurs depuis quelques jours.

Le 22 avril 1928, vers 22 heures 30, début du travail. Rupture spontanée des membranes le 23 à 4 heures. Les douleurs sont surtout lombaires, mais fortes. Le col se dilate lentement. La sage-femme me fait chercher, parce que la dilatation est stationnaire ; elle croit la tête engagée.

A 10 heures, le 23 avril, l'état est le suivant : présentation du sommet en G T ; tête non engagée, ne surplombant pas le pubis ; sa déformation, qui lui a permis de pénétrer un peu dans le pelvis, donne l'impression fausse, d'engagement ; dilatation cervicale d'une paume de main; la tête appuie peu fortement sur le col au moment des douleurs ; promontoire accessible facilement. Femme fatiguée. Battements du cœur fœtal bons. Etant donné que je suis à 30 kilomètres de Lille, je ne puis attendre les événements et je me résous à terminer l'accouchement.

Sous chloroformisation, incision du col sur la ligne médiane en avant et en arrière. Espérant pouvoir amener la tête à l'aide du forceps, j'applique celui-ci en oblique, mais les tractions ne font pas descendre cette tête ; je n'insiste pas. M'étant assuré que la tête est mobile et que l'utérus n'est pas contracté je décide de faire une version mais l'orifice vulvo-vaginal étant étroit, je commence par pratiquer une épisiotomie à gauche et en arrière. La version ne présente pas de difficultés. Abaissement aisé des membres supérieurs. Traversée facile du détroit supérieur par la tête, sans qu'on ait besoin de recourir à la pression abdominale sur la tête par un aide.

L'enfant naît en état de mort apparente mais est rapidement ranimé. Il pèse 3.550 grammes. Les os du crâne ont subi un fort chevauchement. Les incisions du col ne se sont pas agrandies. Suture de chacune d'elles au catgut (un point sur la lèvre antérieure, trois sur la lèvre postérieure).

Suture de la plaie d'épisiotomie qui ne s'est pas agrandie, sauf légèrement dû côté du vagin.

Suites simples apyrétiques. Réunion per primam de la plaie périnéale. L'enfant est allaité par sa mère. En fin juillet 1929, mère et enfant sont en excellente santé.

Septembre 1929, excellente santé, réglée normalement. La leucorrhée qui existait avant le mariage, a augmenté depuis l'accouchement. Le col est irrégulier, ce qui est dû à ce que les plaies cervicales ne sont pas parfaitement réunies. Il présente un peu d'ectropion et secrète un liquide glaireux et opaque. Cette métrite cervicale sera traitée par des cautérisations au Filhos.

OBSERVATION XVI

(Professeur VANVERTS)

Femme de 26 ans, bien portante. Actuellement au terme de sa première grossesse. Début du travail dans la soirée du 18 août 1928 ; mais les douleurs ne deviennent sérieuses que dans la matinée du lendemain ; elles sont presque exclusivement lombaires. Le matin du 19, le médecin trouve une dilatation de cinquante centimes. Celle-ci avance très lentement, car le 20 à 23 heures, elle n'est encore que d'une paume de main. Je suis appelé à ce moment.

Situation le 20 août à 23 heures : tête en O. I. G. T., non engagée, mais très déformée et pointant dans le pelvis (ce qui empêche de rechercher si le promontoire est accessible ou non), ne surplombant le pubis ; poche des eaux intacte; dilatation cervicale d'une petite paume de main. Femme de bon aspect mais se disant fatiguée ; bruits du cœur fœtal assez bons, parfois un peu sourds. Douleurs surtout lombaires. Je me décide à intervenir.

Sous chloroformisation, après avoir dilaté le périnée (que je déchire un peu) à l'aide du poing introduit dans le vagin, j'incise le col sur la ligne médiane en avant et

en arrière (le segment inférieur est bien développé). Je constate que le promontoire est très saillant et que la tête, mal fléchie, n'est pas engagée mais qu'elle est descendue dans le pelvis. Une application de forceps en oblique permet d'extraire, en occipito-sacrée, un enfant qui crie aussitôt et qui pèse 3.500 grammes.

Suture de chaque incision du col au catgut; les incisions ne s'étaient pas étendues. Suture de la plaie périnéale, et de la plaie vaginale qui s'est produite et qui semble avoir été causée par la cuiller du forceps.

Suites simples et apyrétiques.

OBSERVATION XVII

(Professeur VANVERTS)

Femme de 21 ans, réglée normalement. Dernières règles 26 mai 1928. Maigrit de 3.500 grammes pendant les trois premiers mois (vomissements fréquents) puis reprend. Vers novembre 1928 le dentiste constate des signes de décalcification intense ; on ordonne des récalcifiants, qui ne semblent guère efficaces. Constipation traitée par divers moyens. Brûlure gastrique post-prandiale, calmée par les bases.

La tête en G T reste antérieure et ne s'engage pas à la fin de la grossesse ; elle ne surplombe pas le pubis ; le promontoire est accessible. Cette femme conserve un état général médiocre et un visage blanchâtre (elle l'a toujours eu).

Dans la nuit du 8 au 9 mars 1929, quelques douleurs et expulsion de glaires. Le 9 au matin le col a encore toute sa longueur. Tête comme plus haut. Vers 22 heures, douleurs plus fortes, mais pas régulières. Le 10 à 4 heures la sage-femme trouve une dilatation de deux francs. Je constate une dilatation de cinq francs ; la tête qui ne surplombe pas le pubis n'est pas engagée, mais sa déformation lui a permis de pénétrer un peu dans le pelvis ; les

douleurs restent irrégulières. A 11 heures rupture spontanée de la poche des eaux. A 12 heures pas de changement dans la dilatation ; la tête appuie mal sur le col. La femme est fatiguée. Les bruits du cœur fœtal sont bons. Je me décide à intervenir.

Sous chloroformisation épisiotomie bi-latérale ; incision du col sur la ligne médiane en avant et en arrière ; malgré une légère contracture de l'anneau de Bandl, version facile après la saisie des deux pieds et traction sur eux ; extraction très aisée des membres supérieurs, puis de la tête sans que l'aide doive appuyer sur elle par l'abdomen.

Suture des deux incisions du col au catgut.

La délivrance ne se faisant pas, je pratique, trois quarts d'heure après l'accouchement la délivrance artificielle (le placenta était encore adhérent sur une certaine étendue, surtout au niveau de la corne gauche). Suture des plaies d'épisiotomie.

L'enfant pèse 3.300 grammes. Il crie dès sa naissance. Il se développe normalement, d'abord nourri par sa mère, puis en raison de la faiblesse de celle-ci, au lait de vache. En août 1929 il était en excellente santé.

Les suites de l'accouchement furent simples et apyrétiques. Les plaies périnéales se réunirent per primam.

En juillet 1929, je revis cette femme qui continuait à présenter des signes de décalsification (constatés encore par le dentiste), qui restait un peu faible et qui se plaignait de leucorrhée, due à une métrite cervicale assez accusée (ectropion étendu).

OBSERVATION XVIII

(Professeur VANVERTS)

Femme de 29 ans, bien portante, actuellement au terme de sa première grossesse. Début du travail dans la soirée du 29 novembre 1929 ; le 30 au soir, dilatation de cinquante centimes ; le 1er décembre à 19 heures, dilatation d'un

franc à deux francs. Le médecin, trouvant que l'accouchement traîne en longueur, m'appelle.

État le 1er décembre à 21 heures : Tête en O. I. D. T., non engagée, ne surplombant pas le pubis ; col à lèvres minces présentant une dilatation de deux francs, poche des eaux rompue depuis (?) promontoire saillant ; la tête appuie mal sur le col. Le segment inférieur semble encore insuffisamment dilaté ; cependant, après avoir un peu hésité, je me décide à l'inciser.

Sous chloroformisation, incision du col sur la ligne médiane en avant et en arrière, après épisiotomie gauche (insuffisante). Version très aisée, abaissement du bras postérieur un peu difficile, traversée facile du détroit supérieur par la tête, aidée par une pression peu intense faite par l'abdomen. L'enfant, née en état de mort apparente est facilement ranimée.

Les incisions du col sont légèrement étendues, mais sans atteindre la voûte vaginale. Je les suture au catgut. Suture du périnée.

Suites simples, la plaie périnéale ne se réunit qu'incomplètement.

OBSERVATION XIX

(Professeur VANVERTS)

Femme de 25 ans, primigestante, jouissant d'une bonne santé.

Au terme de sa grossesse, le 7 janvier 1929 au soir, début du travail. Les douleurs sont assez fortes dans la journée; elles continuent le 8. La poche des eaux se rompt dans la soirée de ce jour. Le 9, à partir de 6 heures, les douleurs cessent.

Le médecin me fait chercher et j'arrive le 9, à 9 heures. L'état est le suivant : tête en G T, descendue dans le pelvis mais ne semblant pas engagée ; promontoire accessible ; dilatation d'un peu plus de cinq francs ; segment inférieur bien développé. Bruits du cœur fœtal bons.

Sous chloroforme, j'incise la lèvre antérieure du col sur la ligne médiane ; je n'incise pas la lèvre postérieure car je constate que je puis arriver, grâce à une légère dilatation avec le doigt, à refouler cette lèvre au-dessus de la tête. Application du forceps en oblique et extraction facile d'une fille assez grosse, qui se met à crier de suite.

Suture de l'incision cervicale à l'aide de trois points au catgut. Suture de la déchirure périnéo-vaginale (l'épisiotomie faite avant l'application de forceps ne s'était pas agrandie) ; mais la cuiller du forceps avait déchiré la paroi vaginale.

Suites simples. Réunion de la plaie du périnée per primam.

Indications et Contre-Indications des Incisions du Col

INDICATIONS.

On peut classer les causes générales qui peuvent amener à faire une incision du col, en deux classes :

1° Celles où il a fallu inciser parce qu'un *accident brusque*, immédiat, urgent s'est produit du côté de la mère ou de l'enfant, et qui exigeait l'extraction immédiate du fœtus.

Nous citerons : éclampsie, accidents gravido cardiaques, grave maladie infectieuse, souffrance fœtale.

2° Nous aurons ensuite les causes, beaucoup plus fréquentes, qui relèvent d'une *anomalie de la dilatation*, et c'est dans cette catégorie que nous rangerons tous les cas pour lesquels M. Vanverts est intervenu dans nos observations.

On rencontrera ces anomalies de la dilatation dans :

a) l'atrésie cicatricielle du col, due à des cautérisations (Obs. III, V, VIII).

b) mais le plus souvent il s'agira de primipares dont le début du travail remonte à plusieurs jours et chez lesquelles il y a eu rupture précoce ou prématurée des membranes. Les positions postérieures ou transverses sont assez fréquentes, et dans ces conditions le travail avance péniblement ; la dilatation, incomplète, reste stationnaire ; le col s'œdématie souvent, entraînant de

la rigidité secondaire. On a alors des signes de souffrance du fœtus, et on observe de la fatigue chez la mère.

Ce dernier tableau clinique résume parfaitement celui que l'on trouve dans la majorité de nos observations.

Les primipares s'y trouvent en grand nombre (15 fois sur 19) et parmi celles-ci, on en rencontre plusieurs ayant 30 ans et plus. Chez ces femmes, la rupture de la poche des eaux s'est produite soit avant le début du travail (rupture prématurée), soit au début (rupture précoce), dans plus de la moitié des cas observés, et c'est vraisemblablement parce que la poche des eaux n'a pu agir sur l'orifice de dilatation que celle-ci a traîné en longueur, et c'est fréquemment cette dernière cause qui a déterminé l'intervention. Beaucoup de femmes sont en effet restées plus de 48 heures en travail comme on peut le voir dans nos observations. Dans un des cas même (Obs. V) le travail a duré 4 jours.

Dans ces conditions, l'expectative n'est plus permise, et si M. Vanverts a eu recours aux incisions, c'est que véritablement elles se présentaient comme une intervention de choix pour terminer rapidement ces accouchements.

Contre-Indications.

Il existe par contre quelques affections qui doivent faire rejeter d'emblée les incisions du col ; à savoir :

a) la présence de tout obstacle prœvia, tel que : fibrome, kyste de l'ovaire, ou encore un obstacle infranchissable tel qu'un rétrécissement accusé du bassin. Ces cas relèvent d'interventions autres.

b) le placenta prœvia, car l'incision risque de tomber sur la partie très vascularisée qui donne insertion au placenta, et donc de provoquer une hémorragie mortelle. En outre, le segment inférieur est souvent très friable dans le placenta prœvia, et les incisions peuvent se propager sous forme de petites fissures qui donnent souvent lieu à une grosse hémorragie.

c) le cancer du col qui doit faire rejeter les incisions au même titre que les cicatrices vicieuses du col.

CHAPITRE V

Complications

Nous mentionnerons simplement, sans nous y arrêter, les complications très graves qui peuvent se produire par suite de l'extension des incisions, soit au segment inférieur, soit aux organes voisins. Lorsqu'on tient compte des contre-indications de la méthode, et que l'on emploie une bonne technique, ces complications ne doivent pas survenir.

Nous envisagerons donc seulement les complications dues aux incisions elles-mêmes.

A. Complications immédiates, à savoir :

1° *Les hémorragies* au niveau même de l'incision.

Cet incident est rare. Pas une seule fois on ne le rencontre dans nos observations, pas plus après les incisions médianes qu'à la suite des incisions latérales. Cependant, il est reconnu que certaines hémorragies très abondantes, et même mortelles (Mackenrodt) se sont produites à la suite des incisions, mais il est permis de conclure avec Bénit que ces interventions avaient dû être entreprises à tort. En fait le danger d'hémorragie n'existe réellement que si l'incision se propage.

2° *Les déchirures du col ;* parfois une troisième encoche peut se produire, mais elle n'a aucune gravité, car jamais elle ne remonte au delà de l'insertion vaginale.

3° *L'extension des incisions au segment inférieur et au vagin.* Cette éventualité est rare. Dans une étude statistique des ruptures utérines, Laffont et Larribère citent 18 observations dans lesquelles pas une seule fois il ne s'agit d'une incision du col s'étant propagée au corps utérin.

De même, dans nos observations, l'utérus et le vagin n'ont jamais été intéressés. Ces accidents n'arrivent d'ailleurs que lorsque les incisions n'ont pas été faites correctement.

4° Citons enfin les *lésions possibles du rectum ou de la vessie*, plus rares encore, disons exceptionnelles.

B. Complications éloignées.

1° *Infection puerpérale.* — C'est une éventualité relativement fréquente. Ecalle cite parmi ses malades 9 % de morbidité puerpérale. Dans nos observations on ne rencontre pas d'infection. Seule la malade de l'Obs. IV a fait le lendemain de l'accouchement une légère poussée thermique qui n'a pas eu de suite.

Enfin, lorsqu'une infection puerpérale se déclare, on ne peut pas, à priori, en rejeter la cause sur les incisions, car il faut aussi tenir compte de l'état antérieur de ces femmes : col plus ou moins œdématié, état général déficient.

2° *Mauvaise cicatrisation du col incisé.* — Les résultats sont, en général, variables. Ecalle donne une proportion d'un peu plus d'un tiers de cicatrisations rapides. Hauch rapporte 25 cicatrisations sur 33 incisions médianes. Dans les observations de M. Vanverts, les résultats sont bons, toutes les fois, du moins, où ceux-ci ont pu être observés.

3° *Dystocie ultérieure.* — Nous verrons ce qu'il en faut penser au chapitre VII.

CHAPITRE VI

Pronostic

On peut dire des incisions du col de l'utérus qu'elles ne constituent pas un facteur d'aggravation.

Bénit qui a pu réunir 83 observations de cette intervention, n'a pas rencontré un seul cas mortel du côté maternel.

Le pronostic immédiat dépend donc principalement de l'état de la parturiente au moment de l'intervention. Au point de vue local, les résultats semblent satisfaisants : d'ailleurs les incisions limitées à la portion intravaginale du col, sont de même ordre que les déchirures cerviacles spontanées très fréquentes au cours de l'accouchement. Leur gravité est donc nulle.

Le pronostic éloigné est peut-être moins favorable. C'est ce que nous allons étudier au chapitre suivant.

CHAPITRE VII

Avenir obstétrical des Femmes ayant subi de grandes incisions

Le problème se pose de la façon suivante : peut-on affirmer que le tractus génital ne subit pas de modifications à la suite des incisions ? A ce sujet les opinions diffèrent.

Dans nos observations, on signale seulement deux avortements consécutifs aux incisions (Obs. VII et X). Mais il convient d'ajouter que la plupart de ces observations sont très récentes. Balard cite 39 cas d'incisions à la suite desquelles on a pu compter 50 grossesses.

Hauch donne une proportion beaucoup plus faible. Sur 159 incisions, il a rencontré seulement 25 grossesses consécutives, soit environ 12 à 15 % de grossesses. Il faut donc conclure avec lui à la rareté relative de la fécondation.

Cette rareté peut s'expliquer de plusieurs manières :

a) la méthode étant récente en France, forcément les nouvelles grossesses ne peuvent pas être nombreuses.

b) souvent, peut-être, il y a restriction volontaire de la part de ces femmes qui ont subi un accouchement aussi pénible.

c) enfin, il est possible qu'après les incisions, il survienne une éversion de la muqueuse qui rende plus difficile la fécondation.

On a également rendu les incisions responsables d'avortements à répétition. En effet, dans les deux seules observations de M. Vanverts où il y avait eu fécondation, la grossesse s'est terminée par un avortement. Cependant une statistique de Balard donne seulement 4 avortements sur 50 grossesses survenues chez des femmes dont on avait incisé le col. En somme, il est difficile d'avoir une opinion bien nette à ce sujet.

Enfin, on a prétendu qu'au cours des accouchements ultérieurs, on rencontrait fréquemment des troubles de la dilatation, et cependant il est prouvé que les sténoses cicatricielles sont compatibles avec un accouchement normal. Il est certain que les femmes qui ont précédemment subi des incisions du col devront être particulièrement surveillées au moment du travail, et il ne faudra pas hésiter à intervenir, si, une fois de plus, la dilatation ne s'effectue pas normalement.

CHAPITRE VIII

Comparaison des Incisions avec les autres modes de dilatation

La lecture de nos observations montre que dans l'immense majorité des cas, on avait affaire à des primipares dont plusieurs étaient âgées. D'autres avaient un col épais ou plus ou moins sténosé par suite de cautérisations. Enfin, le travail était lent, pénible, et nombre de ces femmes étaient fatiguées.

Dans ces conditions, devait-on continuer à attendre sans rien faire. L'expectative n'était plus permise, car, étant donnée la fatigue des malades, elle eut exposé à des accidents graves tels que l'infection, ou encore à l'inertie utérine.

Il fallait donc intervenir, et c'est là que se pose la question du *choix* de l'intervention.

Quelles étaient donc à ce moment les méthodes qui s'offraient à l'accoucheur ?

En les énumérant, nous indiquerons brièvement leur technique, et nous dirons en même temps pourquoi on leur a préféré les incisions.

Ces méthodes peuvent se diviser en deux catégories.

I. — *MÉTHODES MANUELLES*

A. — Diatation bimanuelle de Bonnaire

Ce procédé ne peut être pratiqué que lorsque le col est souple. La femme étant mise en position obstétricale, et sous anesthésie générale, on introduit succes-

sivement le plus grand nombre de doigts qui vont, par leur pulpe, accrocher l'orifice interne du col, et faire, à ce niveau, un massage excentrique en vue de dilater cet orifice. Dans cette méthode, on emploie, dès le début, les deux mains. On commence par les index, qui s'accolent par leurs faces dorsales, puis on introduit successivement les autres doigts sauf les pouces. Il est bon de changer souvent les points où s'exerce la pression. La dilatation doit être poussée pour être complète : les doigts doivent aller jusqu'aux parties osseuses.

Ce procédé, qui donne de bons résultats chez les multipares dont les tissus sont souples, est délicat chez les primipares : on risque de déchirer, surtout si l'on emploie une vigueur excessive.

Or, nous venons de voir que la plupart des malades de nos observations étaient des primigestantes. Dans ce cas, comme le dit Ecalle : « Mieux vaut sectionner à l'avance, faire la part du feu, que de courir le resque en faisant une bi-manuelle, d'une déchirure qui pourrait être grave ».

Enfin le tissu cervical, plus ou moins infiltré, empêchait, lui aussi, de recourir à ce procédé.

B. — Dilatation sous Rachi-Anesthésie

Ce mode de dilatation, complété il y a quelques années par M. Delmas, qui en a fait une méthode d'« évacuation extemporanée de l'utérus », présente de réels avantages.

La Rachi-anesthésie, en effet, facilite considérablement la dilatation des cols normaux ou hypertoniques, et supprime la contracture de l'utérus, tout en respec-

tant, et même en stimulant ses contractions et sa rétraction.

1° *Technique :*

Après avoir assoupli le col par la rachi-anesthésie, on procède à l'ouverture de l'utérus qui se fait, d'après les indications mêmes de M. Delmas, en deux étapes :

a) *Etape digitale :* « L'index entre dans le col... Il « vrille jusqu'à pénétration dans le segment inférieur « sur lequel il s'applique, après la flexion des 2e et « 3e phalanges sur la première.

« Dès lors, sans violence, mais par un mouvement « soutenu de balançoire, ces deux phalanges font du « massage excentrique du berceau cervico-segmen- « taire, jusqu'à assouplissement suffisant pour admet- « tre le médius à côté de l'index, puis à son tour, l'an- « nulaire. Les résistances cèdent peu à peu, et le petit « doigt s'introduit à côté des précédents.

b) *Etape manuelle :* « Après un temps d'arrêt qui « exige parfois le changement de main au cours de la « dilatation, la main passe tout entière, en cône, avec « ses articulations métacarpo-phalangiennes dans l'ori- « fice utérin. »

2° *Indications :*

Ce procédé qui peut être employé pour provoquer l'accouchement même en l'absence de tout travail, a pour indications les affections suivantes :

a) Au cours de la grossesse, lorsqu'on veut lutter préventivement contre un état pathologique tel que : dystocie, éclampsie, rupture prématurée de la poche des eaux ; ou bien lorsqu'on veut conjurer au plus tôt le danger dû aux hémorragies répétées d'un placenta prœvia.

b) Si la femme est en travail, on aura recours à cette méthode, lorsque des accès d'éclampsie ou des accidents gravido-cardiaques sérieux mettent en danger les jours de la mère.

c) Enfin, tous les états de souffrance du fœtus, au premier rang desquels la procidence du cordon, feront recommander ce procédé.

3° *Contre-Indications :*

La contre-indication essentielle de la dilatation sous rachi-anesthésie, relève de toute modification rencontrée dans la structure du col. De sorte qu'il faut absolument la rejeter, lorsqu'on se trouve en présence soit de cicatrices opératoires, ou traumatiques, ou inflammatoires ; soit infiltration néoplasique du col.

L'effet de la dilatation sous rachi-anesthésie étant nul sur les cols atteints de rigidité pathologique, il a donc fallu la rejeter dans un certain nombre de cas (Obs. I, III, VI, VIII), où le col était plus ou moins résistant.

Mais alors, pourquoi n'a-t-elle pas été employée chez les autres malades ?

Il faut savoir que la dilatation sous rachi-anesthésie n'est pas exempte d'inconvénients. MM. P. Balard et R. Mahon rapportent 6 cas d'évacuation extemporanée de l'utérus suivant ce procédé ; et dans chacun des cas nous avons trouvé que la dilatation manuelle était suivie chaque fois de déchirures plus ou moins importantes.

C'est ainsi que nous notons : dans leur observation n° 1 : « à gauche, déchirure complète du col jusqu'au « dôme vaginal largement intéressé... Suture immé- « diate... Six semaines plus tard, cicatrice souple,

« mobile ». Dans l'observation n° 2 : « on constate à « gauche... une déchirure complète du col atteignant « la voûte vaginale, réparée par 5 points.. la cicatrice « est parfaite, souple, mais le cul-de-sac gauche est « disparu ». Dans l'observation n° 3, on note : « deux « petites déchirures insignifiantes du col, de part et « d'autre ». L'observation n° 4 « nous révèle une déchi- « rure d'un demi centimètre sur la lèvre postérieure du « col ». Observation n° 5 : « déchirure sur le quadrant « postéro-latéral gauche du col, n'atteignant pas la « voûte vaginale et qu'on juge inutile de suturer ». Enfin, dans l'observation n° 6, la dilatation manuelle a été suivie d'une « déchirure du col propagée à la « voûte vaginale, réparée au catgut... la malade sort « en parfait état ».

Quelles conclusions pouvons-nous tirer de telles observations ? Tout d'abord, il faut reconnaître que dans les observations 3, 4 et 5, les déchirures étaient peu importantes, et telles qu'on les rencontre dans nombre d'accouchements spontanés, mais dans les trois autres cas il s'agissait de *déchirures complètes* du col se propageant très largement à la voûte vaginale. D'autre part toutes ces déchirures ont parfaitement guéri.

Nous pouvons dire cependant avec Balard et Mahon, que « de tels accidents sont toujours susceptibles de « s'accompagner dans le post-partum immédiat, de « complications graves, hémorragiques ou infectieu- « ses, et que le pronostic des accouchements ultérieurs « chez ces femmes reste bien réservé ».

Enfin, pour terminer cette comparaison entre les incisions et la dilatation sous rachi-anesthésie, citons

les opinions de divers auteurs. C'est ainsi que Weymeesrch, Poulain, Wadon et Guechteneere, dans la Revue Française de Gynécologie, d'Obstétrique, pensent que « la paralysie du sphincter cervical n'est com-
« plète et utilisable après la rachi-anesthésie, que pour
« autant que le col jouisse d'une intégrité anatomi-
« que parfaite, sinon la dilatation est laborieuse et ne
« peut s'effectuer qu'au prix de lacérations parfois
« importantes... Il semble que dans pareil cas la tem-
« porisation doit être préférée, ou à son défaut les
« grandes incisions ».

Enfin, dans la « Gazette des Sciences Médicales de Bordeaux », nous avons trouvé une opinion semblable de Favreau qui croit que la vogue actuelle de la rachi-anesthésie dans les anomalies de la dilatation fait oublier la méthode des grandes incisions du col, opération facile, simple et bénigne, laissant deux plaies nettes, faciles à suturer. Il cite deux observations personnelles, l'une pour souffrance fœtale à dilatation de 5 francs, avec rigidité infectieuse secondaire chez une primipare âgée ; l'autre pour rigidité primitive du col chez une femme ayant contracté la syphilis au 7e mois et donné d'ailleurs naissance à un enfant non syphilitique.

Les résultats dans ces deux cas furent excellents.

Toutes ces notions tendent donc à montrer que les incisions du col sont une méthode dont les résultats sont loin d'être inférieurs à ceux de la dilatation sous rachi-anesthésie, et que, dans bien des cas, elles doivent lui être préférées.

II. — *MÉTHODES INSTRUMENTALES*

A. — Méthode lente : Ballons dilatateurs

La présence de ces ballons dans l'utérus, vient remplacer la poche des eaux, et permet une dilatation progressive semblable à la dilatation naturelle.

La mise en place du ballon peut être rendue malaisée sinon impossible lorsqu'on se trouve en présence d'une tête engagée.

Ensuite, il faut se méfier des déplacements de la présentation consécutifs à la mise en place du ballon.

Les ballons dilatateurs n'étaient donc pas indiqués chez les malades de nos observations, d'autant plus qu'ils permettent rarement une évacuation de l'utérus aussi rapide que celle que l'on obtient par les incisions.

B. — Méthodes rapides

1° *Les grandes incisions du col* que nous avons étudiées.

2° *Les dilatations métalliques :* Type : dilatateur de Bossi. Ces instruments ne donneront de résultats qu'autant qu'on leur demande seulement un début de dilatation. Ils donneront le plus souvent sans danger une dilatation de 6 à 7 c/m et la suite de l'intervention sera confiée suivant l'urgence à la dilatation bi-manuelle ou à l'application d'un ballon.

Ces appareils ne donnent donc pas une réelle dilatation et ne rentrent pas, de ce fait, dans le cadre de cet ouvrage. Ils sont en outre assez dangereux, car ils exposent facilement à des déchirures du col.

Conclusions

Après ce que nous venons de dire, que faut-il retenir des reproches que l'on a pu faire aux grandes incisions du col ?

I. — Les hémorragies sont très rares, ou alors elles relèvent d'une mauvaise technique. On peut donc dire que la majorité des incisions limitées à la portion intra-vaginale du col ne saignent pas.

II. — Les déchirures du col, peut-être assez fréquentes ne constituent jamais un danger.

III. — L'extension des incisions n'est pas à redouter si l'opération est faite correctement ; elle est beaucoup plus rare dans les incisions que dans les autres méthodes.

IV. — Quant aux suites de couches elles sont le plus souvent de la plus grande simplicité, et il est impossible d'accuser les incisions du col de prédisposer à l'infection puerpérale.

V. — Enfin, l'avenir obstétrical des femmes ayant été ainsi opérées n'est sans doute pas tout à fait satisfaisant, les grossesses consécutives semblent rares, mais peut-on dire d'une autre méthode qu'elle ne mérite pas ce reproche ?

A côté de ces inconvénients inhérents à presque toutes les interventions obstétricales du même ordre, les grandes incisions du col présentent un certain nom-

bre d'avantages qui sont loin d'être négligeables :

I. C'est d'abord une opération simple, rapide, aseptique, vraiment chirurgicale et qui donne toutes les chances de succès.

II. Elles laissent un minimum de traces, puisque leur cicatrisation s'effectue le plus souvent dans d'excellentes conditions.

III. Lorsque les incisions sont faites sur la ligne médiane elles constituent le permier temps de la césarienne vaginale. Si donc elles se montrent insuffisantes, il est toujours temps de poursuivre l'opération. Dans ces conditions on peut affirmer que les incisions sont susceptibles de restreindre le champ d'action de la césarienne vaginale.

Le pronostic des grandes incisions peut donc être considéré comme favorable, dès lors, si on les pratique avec discernement, elles méritent de prendre en France la place à laquelle elles ont droit dans la thérapeutique obstétricale.

Vu : *Le Doyen :*
Ch. DUBOIS.

Vu : Bon a imprimer :
Le Président de Thèse,
J. VANVERTS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
CHATELET.

Bibliographie

Balard. — « Des grandes incisions du col utérin pendant le travail, et de la conduite à tenir lors des grossesses et des accouchements consécutifs ». (Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux, 1923, p. 50).

Balard. — « L'avenir obstétrical des femmes ayant subi de grandes incisions du col de l'utérus pendant l'accouchement ». (Revue française de gynécologie et d'obstétrique, 1922, p. 525).

Balard et Mahon. — « A propos de six cas d'évacuation extemporanée de l'utérus sous rachi-anesthésie ». (Revue française de gyn. et d'obst., février 1929).

Bénit. — « Les grandes incisions du col de l'utérus au cours de l'accouchement ». (Thèse, Paris 1921).

Cathala. — « Les incisions de la portion intra-vaginale du col utérin au cours de l'accouchement à terme ». (Gyn. et Obst. 1920).

Delmas. — « Evacuation extemporanée de l'utérus en fin de grossesse ». (Concours médical, juillet 1920, p. 1.886).

Dührssen. — « Uber den werck der tiefen cervix und scheiden Damen Einschnitte in der Geburtshulfe ». (Archives gén. Gynec. 1890).

Ecalle. — « Les incisions du col en obstétrique ». (Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier-Vigot, 1926, p. 100).

Hauch. — « L'accouchement méthodiquement rapide par l'orifice utérin non effacé ». (L'Obstétrique, nov. 1910).

Jeannin et Garipuy. — « Incision du col de l'utérus au cours de l'accouchement ». (L'Obstétrique, nov. 1910).

Potocki. — « Incisions de la portion vaginale du col pendant l'accouchement ». (Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynec. Paris 1921).

Table des Matières

	PAGES
Introduction	15
Historique	17
Conditions nécessaires pour pratiquer les incisions	19
Technique	21
Observations	27
Indications et contre-indications	51
Complications	55
Pronostic	57
Avenir obstétrical des femmes ayant subi de grandes incisions	59
Comparaison des incisions avec les autres modes de dilatation	61
Conclusions	69
Bibliographie	72